

EVALUACIÓN DE RIESGO DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA

Fecha de hoy: _____ Nombre de la clínica: _____

Cliente: Completar páginas 1 a 3

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nac.: _____ Edad: _____
 Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Otra dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Restricciones de contacto: _____
 Situación más grave sobre la vivienda en los últimos 12 meses: Sin vivienda Vivienda inestable/en riesgo de perder la vivienda
 Vivienda estable No sabe
 Seguro: Sin seguro Medicaid Seguro privado: _____ Medicare

Alergias: _____

Raza (marcar todas las que correspondan): Indígena estadounidense/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroestadounidense
 Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Blanco Otra _____ No sabe

Origen étnico: Hispano No hispano No sabe Se niega a responder

Estado civil: Separado Divorciado Casado Soltero Viudo

Sexo al nacer: Femenino Masculino

Identidad de género: Femenino Masculino Transgénero de M a F Transgénero de F a M Género no binario Dos espíritus

Orientación sexual: Heterosexual Lesbiana o gay Bisexual Asexual Pansexual No binario
 Otro: _____

¿Alguna vez le realizaron una prueba de tres sitios? No Sí; fecha: _____ ¿Qué es eso? No sabe

Cantidad de parejas sexuales en: ¿Los últimos 3 meses?: _____ ¿Su vida?: _____ ¿Desde que se realizó la última prueba?: _____

Dónde conoce a sus parejas sexuales: Comunidad _____

Bares: _____ Casas de baños: _____

Categoría 1: Facebook/Instagram/Snapchat/Twitter Categoría 3: Tinder/Grindr/Scruff /AFF

Categoría 2: Match/eHarmony/Farmer's Only/Zoosk/Plenty of Fish/Hinge/Bumble Categoría 4: Otra

¿Alguna vez le realizaron una prueba de VIH?: No Sí; resultado: _____ Fecha: _____ Lugar: _____

Estado actual de VIH: Positivo Negativo No sabe Se niega a responder

Recibió la vacuna contra: ¿Hepatitis B? Sí No ¿Hepatitis A? Sí No ¿HPV? Sí No

¿Tuvo una enfermedad de transmisión sexual (ETS), VIH o prueba de hepatitis viral con resultado positivo en los últimos 12 meses?

Sí No Si la respuesta es afirmativa, especifique la enfermedad y la fecha:

Si es mujer o tiene parejas femeninas, ¿utiliza algún método anticonceptivo? No Sí: _____

¿Está embarazada? Posiblemente No sabe No Sí, fecha probable de parto: _____ ¿Su pareja está embarazada? Sí No

En la actualidad, ¿está intentando quedar embarazada o hacer que alguien se embarace? Sí No

Primer día del último período (si corresponde) _____ Fecha del último examen pélvico/Papanicolaou: _____

No sabe

¿Está amamantando? No Sí ¿Su pareja está amamantando? No Sí

Historial de viajes: _____

Síntomas (marcar todas las opciones que correspondan): Inicio de los síntomas: _____ Duración de los síntomas: _____

- Dolor abdominal o pélvico Sangrado anormal Secreción anormal del pene o la vagina
 Deposiciones de color arcilloso Fiebre Micción frecuente
 Sudores nocturnos Dolor o sangrado durante las relaciones sexuales Dolor o ardor al orinar
 Sarpullido, generalizado o en manos/pies Picazón en pene, vagina o ano Lesiones, llagas o verrugas en pene, vagina, ano o boca
 Color amarillento de la piel/los ojos Picazón en los testículos Dolor en el perineo
 Otro, indicar: _____

Trabajador de atención de la salud:

Trabaja en un entorno de atención de la salud: Anteriormente En la actualidad Buscando trabajo

Antecedentes de (marcar todas las opciones que correspondan):

- Transfusiones de sangre, componentes de la sangre o trasplante de órgano Exposición a sangre (debajo de la piel o las membranas mucosas)
 Embarazo reciente Embarazo actual Prueba hepática anómala Prueba de hepatitis positiva
 Prueba de VIH positiva ETS anterior TB activa TB latente

Contacto con: Hepatitis B+ Hepatitis C+ ETS+ VIH+ TB activa TB latente

Tipo de contacto: En el hogar Compartir jeringas Sexual Exposición a sangre

Si la respuesta es afirmativa, especifique la enfermedad y la fecha: _____

Madre biológica con antecedentes de (marcar todas las opciones que correspondan):

VIH+ Hepatitis B+ Hepatitis C+ ETS+

Antecedentes sexuales (marcar todas las opciones que correspondan):

- Exposición reciente a una ETS Nueva pareja en los últimos 3 meses Poliamor Kink/BDSM
 Sobreviviente de agresión/abuso sexual, anterior Sobreviviente de agresión/abuso sexual, actual

Uso de preservativo:

Parejas principales: Siempre A veces Nunca
 Otras parejas: Siempre A veces Nunca
 Parejas nuevas: Siempre A veces Nunca
 Parejas anteriores: Siempre A veces Nunca

¿Qué tipo de contacto sexual tuvo en su vida? (Seleccione todas las opciones que correspondan):

Con parejas masculinas: Anal: Activo Pasivo Oral: Activo Pasivo Vaginal: Activo Pasivo
 Con parejas femeninas: Anal: Activo Pasivo Oral: Activo Pasivo Vaginal: Activo Pasivo

Relaciones sexuales con (marcar todas las opciones que correspondan):

- Parejas anónimas Parejas conocidas a través de aplicaciones o Internet Conquistas en un bar Conquistas en una casa de baños
 Parejas con ETS+ Parejas con hepatitis+ Parejas con VIH+ Parejas consumidoras de drogas IV
 Parejas MSM (hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre) Parejas bisexuales Parejas múltiples
 Trabajadores sexuales Sexo grupal

Relaciones sexuales (marcar todas las opciones que correspondan):

Ebrio Drogado En un lugar público o semipúblico

Relaciones sexuales a cambio de (marcar todas las opciones que correspondan):

Drogas Dinero Comida Refugio Otro, especificar: _____

Consumo de alcohol:*Mujeres:*¿Con qué frecuencia consume 4 tragos o más en 2 horas? Nunca 1-2 veces/mes 3-4 veces/mes 5+ veces/mes¿Con qué frecuencia consume 3 tragos o más en un día (24 horas)? Nunca 1-2 veces/mes 3-4 veces/mes 5+ veces/mes*Hombres:*¿Con qué frecuencia consume 5 tragos o más en 2 horas? Nunca 1-2 veces/mes 3-4 veces/mes 5+ veces/mes¿Con qué frecuencia consume 4 tragos o más en un día (24 horas)? Nunca 1-2 veces/mes 3-4 veces/mes 5+ veces/mes**Consumo de drogas:** Antecedentes de consumo de drogas Consumo de drogas actual

Drogas recreativas consumidas:	Método de consumo:					
	Inyección	Esnifar (intranasal)	Fumar	Inhalar	Ingerir (comer, beber)	Booty Bump (rectal, anal)
Cocaína						
Crack						
Opioides (heroína, fentanilo, oxicodona, etc.)						
Drogas de fiesta (éxtasis, poppers, molly, etc.)						
Medicación para disfunción eréctil						
Metanfetaminas						
Marihuana						
Alucinógenos (LSD, psilocibina, DMT, PCP, ketamina)						
GHB						
Consumo de medicamentos de venta libre (dextrometorfano, loperamida)						
Depresores (barbitúricos, benzodiazepinas, Ambien)						
Estimulantes (Adderall, Concerta)						
Otras:						

Trabajos compartidos Sí NoAgrupación de jeringas Sí No

Fecha del último consumo de drogas: _____

Cantidad de parejas que son/eran parejas de aguja y sexuales: _____

Cantidad de parejas de agujas que son/eran solo parejas de agujas: _____

¿Consumió medicamentos recetados con mayor frecuencia que la recetada? Sí NoTatuaje no profesional/casero: Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indicar fecha: _____

Perforaciones no profesionales: Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indicar fecha: _____

Riesgos de vivienda:Persona sin hogar: Antecedentes de no tener hogar Actualmente no tiene hogarPrisión: Antecedentes de prisión Actualmente en prisión**Nacido fuera de los EE. UU.:**Cliente: África Asia SudaméricaPadre: África Asia Sudamérica**Nacido en el baby boom:** Nacido entre 1945 y 1965¿Le gustaría recibir información relacionada con prácticas sexuales seguras o prevención relacionada con fetiches? Sí No